FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Ch. GUÉNET

de la Faculté de Médecine de Paris
Né à Mauron (Morbihan), le 11 janvier 1885.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE LA

PHLÉBITE TUBERCULEUSE PRIMITIVE

Président : M. DEBOVE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Doyen honoraire de la Faculté de médecine
Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

AVANT-PROPOS

A la fin de nos études et à la veille de commencer nos premiers pas dans le domaine encore mystérieux pour nous de la pratique médicale, c'est-à-dire ignorant tout de l'avenir, nous ne pouvons nous empêcher de jeter avec regret les yeux vers le passé. Car ce passé est fait de souvenirs qui nous sont chers ; en particulier de ceux de nos premières années d'étude à l'école de médecine de Nantes. Ces souvenirs se rattachent surtout à la personne des Maîtres que nous y avons connus et qui ne cessèrent jamais de nous prodiguer leur dévouement. C'est avec émotion que nous nous rappelons les tout premiers débuts où sous la surveillance éclairée de M. le Dr A. Malherbe nous puisâmes les premières notions de l'art chirurgical. Les premiers principes de l'auscultation nous furent inculqués durant notre stage hospitalier dans son service par M. le Dr Urbain Monnier qui ne ménagea ni son temps ni sa peine pour nous initier à cet art si délicat. Nous lui en exprimons notre bien vive gratitude.

Nous ne saurions nous acquitter assez entièrement envers M. le Dr Olive ; par ses soins, dans son service nous fûmes familiarisé à l'examen clinique des

malades. Les conseils ne nous manquèrent jamais et nous furent d'un grand secours. Nous le prions en échange d'agréer ce très humble hommage.

Nous avons une gratitude toute spéciale pour M. le Dr Dianoux qui nous inculqua les meilleurs principes d'ophtalmologie et qui sut si souvent nous captiver par es causeries où sous une expression simple et facile sa science de tout nous émerveillait. Que ce vénéré maître daigne donc agréer l'expression de notre éternelle reconnaissance.

Que M. le Dr Arrou nous permette de lui offrir nos bien sincères remerciements pour la cordialité avec laquelle il nous ouvrit les portes de son service de la Pitié durant notre séjour à Paris.

M. le professeur Debove nous a fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse, nous ne saurions suffisamment l'en remercier.

Contribution à l'étude Clinique et Thérapeutique

DE LA

PHLÉBITE TUBERCULEUSE PRIMITIVE

INTRODUCTION

La notion de fréquence de la phlébite tuberculeuse, survenant chez des bacillaires, à la période ultime de leur maladie, est aujourd'hui classique. Manifestation secondaire du processus tuberculeux, sa nature a été bien étudiée, ainsi que sa pathogénie, son anatomie pathologique et son aspect clinique et nous citerons les nombreux travaux de Chantemesse, Vaquez, Sabrazès et Mongour, Cornil et Babès, Letulle, Weigert-Benda, Weichselbaum, Baréti, Étienne, au point de vue histo-bactériologique et anatomique, ceux de Dieulafoy, Damaschino, Hanot, les thèses de De Brun, Callais, Collard, Bouysson, Maricot au point de vue clinique qui ont fait la lumière à peu près complète sur la question. Cependant on observe parfois des phlébites tuberculeuses, manifestation primitive de l'envahissement de l'organisme par le bacille de Koch et leur fréquence est plus grande qu'on ne l'avait cru tout d'abord. Les observations de Dumont, de Brun, Maricot et surtout

celles de M. Hirtz, qui lui-même inspira les thèses de ses deux élèves, Collart et Callais, nous ont permis d'en entreprendre l'étude et de caractériser l'aspect clinique de cette forme particulière. Analysant les observations citées et nos observations personnelles, puis rattachant à ces phlébites primitives les formes décrites par Hanot et Mathieu, Proby, Mosnay, Bourdillac, Rendu et Vaquez, parmi les phlébites chlorotiques, nous avons cru devoir décrire deux variétés :

L'une, phlébite précoce de Hirtz ou phlébite tuberculeuse primitive proprement dite, l'autre phlébite tuberculeuse primitive pseudo-chlorotique.

Cette dernière forme a fait l'objet de notre étude car en effet s'il existe des phlébites dans les chloroses pures, ainsi que l'ont montré Trousseau, Hanot et Mathieu, Giraudeau, les thèses de Vivieux, Mosnay, Bourdillac, très souvent la phlébite complique une chlorose fébrile, masquant une tuberculose dont les symptômes pulmonaires sont à peine avancés. Les observations de Vaquez, Lepage, Groguot, notre observation personnelle contribuent à le prouver, et en somme, comme dit Vaquez : « si la phlébite peut tenir à la chlorose elle-même » elle peut aussi tenir à une tuberculose pulmonaire à son début, qui se cache souvent sous le masque chloro-anémique. D'ailleurs, les travaux du professeur Landouzy et de ses élèves ont montré quels liens rattachent à la tuberculose, tant de cas de chlorose en apparence authentiques.

Étudiant les observations citées nous conclurons, suivant les cas observés à la symptomatologie et l'évolution particulière de chacune de ces deux formes, caractérisant la localisation primitive du bacille de Koch. Après avoir étudié les signes nous préciserons les caractères qui permettent de différencier entre elles l'une ou l'autre de ces formes et de les différencier des autres phlébites d'étiologie différente.

Enfin après avoir porté un pronostic, résumé l'état des travaux d'anatomie pathologique, parus sur cette question, nous terminerons par une étude du traitement à suivre.

OBSERVATIONS ET SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons classé les observations recueillies en deux groupes, afin de mieux mettre en valeur, la division que nous avons adoptée, dans notre étude clinique.

Dans le premier groupe (obs. I à VIII), nous publierons les observations relatives à la forme précoce de Hirtz ou primitive proprement dite et nous en déduirons la symptomatologie De même pour le second groupe (obs. VIII à XII), nous citerons les observations et la symptomatologie de la phlébite primitive pseudochlorotique.

1° Phlébite tuberculeuse primitive.

OBSERVATION I

(Hirtz. — *Mémoires Société médicale*, 8 juin 1894.)

Mlle de S..., dix-neuf ans, grande, maigre, issue par son père d'une famille névropathique; par sa mère de tuberculeux, est prise, en 1880, d'une phlébite aiguë, de la veine saphène interne de la jambe gauche. Le diagnostic fut posé

par mon regretté maître Guéneau de Mussy, mais la cause de la maladie lui échappa tout d'abord. L'examen de tous les organes fut pratiqué avec soin et ne révéla aucune lésion apparente ; on découvrit un léger souffle, à la base du cœur, des bruits d'anémie dans les vaisseaux du cou et on se rattacha à l'idée d'une phlébite chez une chloroanémique.

La résolution de l'inflammation veineuse fut assez rapide, le cordon qui existait très nettement à la partie inférieure de la jambe disparut au bout de trois semaines en même temps que l'œdème malléolaire qui l'accompagnait.

La malade put se lever, l'état général s'améliora et la malade fut si bien remise qu'elle se fiança. L'hiver approchait, la famille partit pour Nice, environ six mois après la guérison de la phlébite.

Au bout de six semaines de séjour dans le midi la malade fut prise d'accès de fièvre vespérale, son appétit diminua, elle maigrit rapidement, et la famille inquiète appela en consultation un de nos maîtres de passage à Nice qui posa le diagnostic de tuberculose pulmonaire aiguë et conseilla aux parents de reprendre au plus vite le chemin de Paris. A son arrivée, nous constatâmes le bien fondé de l'arrêt qui avait été prononcé.

La malade présentait tous les signes d'une infiltration tuberculeuse à forme granulique et succombait un mois après son retour.

OBSERVATION II

(Hirtz. — *Loc. cit.*)

X..., journalier, entre à l'hôpital Beaujon, service du Dr Millard, suppléé par le Dr Hirtz en août 1889. Il se plaint d'une douleur lancinante de toute la région interne de la cuisse droite, irradiant dans l'aine. Depuis deux jours sa jambe enfle légèrement vers le soir, le malade fait assez péniblement et est obligé d'interrompre son travail qu'il faisait difficilement depuis une huitaine de jours.

Les antécédents personnels et héréditaires sont bons, et jamais sa santé n'a été altérée jusqu'à ce jour. Il est aisé de constater que la douleur spontanée siège le long de la paroi de la partie supérieure de la veine saphène interne. On sent dans l'étendue de 15 centimètres environ, un cordon dur qui roule sous le doigt et qui est manifestement constitué par une phlébite de la veine saphène.

Mais s'il est facile d'établir le diagnostic de phlébite il est plus malaisé d'en affirmer la cause. On ne trouve dans les antécédents du malade aucune affection infectieuse, pneumonie, fièvre typhoïde, grippe pouvant expliquer une coagulation intra-veineuse. On ne constate ni traumatisme, ni dilatation variqueuse. Frappé cependant d'un certain degré d'amaigrissement chez X... en même temps que d'un léger état fébrile vespéral et me rappelant plusieurs faits antérieurs où la phlébite avait été la première manifestation d'une tuberculose jusque-là silencieuse, je portai mon attention sur le

poumon. Je constate au sommet gauche en arrière une tonalité plus élevée à la percussion et une respiration râpeuse.

A la suite d'efforts de toux, suivis d'une profonde inspiration, craquements secs très limités. En avant et du même côté l'inspiration est simplement obscure et la voix un peu retentissante.

La phlébite guérit en trois semaines et le malade sortit de l'hôpital avec rudesse persistante du sommet. Il partit en convalescence à Vincennes ; mais là, il s'enrhuma et quinze jours plus tard, il fut renvoyé dans le service ; il avait maigri, accusait des sueurs nocturnes et toussait fréquemment, je fais constater aux élèves combien la lésion minime du sommet avait évolué rapidement : il existait maintenant un commencement de fonte appréciable, des râles sous-crépitants nombreux et une respiration soufflante.

OBSERVATION III

(Hiztz, *loc. cit.*, hôpital Saint-Louis. Service des Baraques.)

A..., âgé de quarante-huit ans; entre pour phlegmatia de la jambe droite ; le cordon veineux se sent à la partie interne de la cuisse et la jambe est très enflée et fort douloureuse.

Impotence fonctionnelle du membre.

Pas de maladie grave antérieure. Fièvre à 31 degrés le matin et 40 degrés le soir. Amaigrissement depuis quelques jours. L'examen des organes ne révèle rien d'anormal. On attribue la phlébite à un état variqueux des veines du membre qui sont cependant à peine dilatées et qui n'avaient jamais éveillé l'attention du malade.

L'examen de tous les organes reste négatif.

Trois semaines après son entrée à l'hôpital, la fièvre, qui avait presque disparu depuis quelque quinze jours se rallume, le malade est pris d'une toux sèche accompagnée de dyspnée continue et d'accès d'étouffements nocturnes.

Apparence de bronchite légère avec emphysème aigu généralisé.

Bientôt on constate dans les sommets quelques râles sous-crépitants fins ; amaigrissement rapide marche de granulie et mort par asphyxie.

Malheureusement, l'autopsie ne peut être faite, toute trace de phlegmatia avait disparu depuis quinze jours ; l'évolution avait été rapide, elle a duré environ une vingtaine de jours.

OBSERVATION IV

(Hirtz, *loc. cit.*)

J. F..., journalier, entré à l'hôpital Tenon, salle Lelong, le 12 mai 1894.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-quatre ans de néoplasme abdominal, mère morte à soixante-deux ans de dysenterie.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade jusqu'en 1893, où il entre dans le service du Dr Gaucher à Saint-Antoine. On lui trouve de la rudesse respiratoire du sommet droit avec des signes fonctionnels à peine appréciables de tuberculose.

Il présente à l'examen, une phlegmatia de la jambe droite

avec œdème peu marqué au pied. Il guérit en trois semaines par le repos seulement. Le traitement général consista dans l'emploi de l'huile de foïe de morue et l'acide borique, à la dose de 7 grammes dans un julep,

On constate aujourd'hui dans le sommet droit, des craquements manifestés en avant et en arrière. Le malade est anémié, son pouls est ralenti, oscille entre 46 et 48 pulsations.

OBSERVATION V

(Hirtz, *loc. cit.*)

L. G...., âgé de trente-trois ans, employé, entre dans le service de M. le Dr Hirtz le 25 septembre, salle Parrot, lit numéro 15.

Tuberculose au début et phlegmatia *alba dolens*.

Entre à l'hôpital, pour toux et douleur siégeant à la face interne de la cuisse droite.

Le malade ignore ce que son père est devenu, sa mère est morte à soixante ans d'une fluxion de poitrine. Comme maladie antérieure, on ne retrouve que deux attaques d'influenza, l'une en janvier 1892, l'autre en avril 1893.

Les deux attaques ont été très légères et ont guéri au bout de quatre jours, Il n'a jamais toussé et même ne s'enrhumait pas facilement.

Depuis deux mois et à la suite d'un coup de froid, il a commencé à tousser ; la toux s'accompagna en même temps d'amaigrissement assez marqué, mais surtout de transpiraton abondante.

Il ne faisait pas trop attention à sa toux quand le jeudi 19 septembre, il a été pris d'une douleur sourde au niveau du creux poplité ; la douleur allait progressant et le lundi, quatrième jour après le début de cette doulenr, il est forcé de bander sa jambe, pour pouvoir aller à son travail. Cependant, il continue à travailler jusqu'au mercredi, quand il est forcé de se coucher à cause d'un œdème généralisé, de tout le membre inférieur.

Il reste au lit jusqu'à jeudi, dans l'après-midi le gonflement (œdème) avait disparu, mais la douleur avait persisté ; il va à la consultation du Bureau central d'où il est envoyé d'urgence à l'hôpital Tenon, dans notre service.

État actuel. — Le malade est grand, svelte, la figure un peu pâle et amaigrie.

A l'examen, — On constate sur la face interne de la cuisse une coloration lymphangitique de la peau.

A la palpation. — On trouve un œdème dur sans godet et on constate un cordon dur, allant de la face interne du genou à 2 centimètres au-dessous de l'arcade crurale.

A la pression. — On provoque de la douleur qui, cependant, n'est pas très marquée. On ne trouve aucune érosion du membre pouvant expliquer la lymphangite.

Pas d'impotence fonctionnelle et aucune altération des muscles.

Examen. — Poumons, percussion, droite et gauche, en avant :

Sonorité normale dans la région claviculaire.

En arrière. Sonorité normale.

Auscultation en avant. Un peu de rudesse.

En arrière : inspiration obscure, craquements nets.

Appareil digestif. — Appétit conservé, pas de diarrhée plutôt constipation.

Foie, rate normaux.

Appareil circulatoire.— Cœur normal; artères pression 16.

Système nerveux : rien à signaler. Le malade au bout de quinze jours peut se lever, la lymphangite a disparu, le cordon veineux se sent encore.

Le malade se lève au bout d'un mois, il peut marcher et l'œdème ne reparaît pas.

Sous l'influence du régime suralimentaire, il a engraissé et les lésions du sommet restent stationnaires.

Le malade sort de l'hôpital le 5 octobre 1893.

Évolution de la phlébite en dix-sept jours.

OBSERVATION VI

Hirtz, *loc. cit.*

A... Louis, âgé de trente-trois ans, camionneur, entre dans le service de M. le Dr Hirtz le 2 février 1894, salle Lelong, n° 8.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, un frère et une sœur bien portants, quatre frères et sœurs morts jeunes.

Antécédents personnels. — A trois ans fièvre typhoïde, à vingt ans bronchite, hémoptysie pendant deux à trois jours, il reste deux mois malade.

A vingt et un ans, il part pour le service militaire et passe trois ans à la caserne sans maladie.

Au point de vue de l'alcoolisme, le malade déclare boire chaque jour deux litres de vin et plusieurs apéritifs.

Il tousse tous les hivers.

Vers Noël 1893, il est pris de douleurs névralgiques dans la nuque, il entre à l'hôpital Tenon, service du Dr Hirtz, où il reste environ trois semaines. On constate des craquements secs dans les deux sommets pulmonaires et une névralgie de la nuque.

Il sort de l'hôpital guéri des phénomènes douloureux et reprend son travail.

Au bout de huit jours, il est obligé de l'interrompre et il revient le 2 février 1894 à la consultation pouvant à peine marcher. On l'admet salle Lelong.

État actuel. — Le malade se plaint de vives douleurs dans les deux jambes. Il a souffert de crampes depuis plusieurs jours.

La jambe gauche est particulièrement douloureuse. Elle présente un léger œdème et la moindre pression comme le moindre mouvement suffisent à exaspérer la douleur continue, que le malade accuse dans la région.

La marche est impossible. En palpant la partie postéro-supérieure de la jambe gauche, au-dessous du creux poplité, on sent un cordon veineux, long de 2 à 3 centimètres, dur et douloureux à la pression.

Il tousse un peu, cette toux est sèche. Depuis deux ans il a maigri de 4 kilogrammes. Il a des sueurs nocturnes il dort bien, pas de cauchemars, pas de pituites.

Auscultation. — Poumon. Légère submatité dans la région des sommets, craquements secs des deux côtés.

Diagnostic. — Tuberculose pulmonaire (1re période) phlébite de la jambe gauche.

9 février 1894. — Plus de cordon veineux sensible, plus d'œdème, plus de douleur à la pression.

Les crampes persistent.

13 février. — Le malade se remet à marcher, les crampes reprennent rapidement.

16 février. — L'amélioration est telle que le malade demande à sortir de l'hôpital.

La phlébite a duré au maximum quinze jours.

OBSERVATION VII (Personnelle)

(Recueillie dans le service de notre regretté maître M. le Dr Hervouët à Nantes.)

Mme C..., trente-quatre ans, employée.

Entre dans le service pour douleurs dans la cuisse droite.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante ans, alcoolique.

Mère bien portante âgée de cinquante-trois ans.

Antécédents collatéraux. — Frère et sœur morts en bas âge de convulsions, un frère mort à vingt-quatre ans de « phtisie galopante ». Un autre frère âgé de trente ans, marié bien portant.

Antécédents personnels. — La malade a eu la scarlatine à l'âge de douze ans. Puis il y a trois ans à la suite d'un refroidissement bronchite qui a duré près de deux mois. Depuis bronchite chaque hiver.

Actuellement. — Prise il y a deux jours de douleurs

sourdes au niveau de la cuisse droite qui l'ont obligée à quitter son travail. A l'examen le membre inférieur est un peu œdématié et cet œdème léger est rosé.

A la palpation, pas de godet caractéristique l'orsqu'on enfonce le doigt et l'on sent un cordon dur à la palpation légère le long de la saphène. Pas de température.

Traitée par l'immobilisation la phlegmatia guérit en quinze jours. La malade se lève alors, mais vers le cinquième jour après son lever elle tousse, présente une induration du sommet droit avec râle de bronchite. Puis les jours suivants la température jusque-là normale s'élève jusqu'à 39°5. La malade maigrit à vue d'œil et évolue rapidement vers une tuberculose granulique, qui l'emporte dans une crise d'asphyxie un mois et demi après le début de la guérison de la phlébite.

Nous n'avons pu faire l'autopsie de cette malade.

Symptomatologie

La phlébite précoce survient généralement chez des sujets prédisposés par leurs antécédents héréditaires ou personnels, à la tuberculose.

Siégeant au niveau du membre inférieur, sur le trajet de la saphène interne (obs. I, II, III, IV, V, VII), elle peut parfois se rencontrer à la jambe gauche (obs. VI). Unilatérale elle siège plus souvent à droite (obs. II, III, IV, V, VII) qu'à gauche (obs. I et VI).

Elle a un début essentiellement insidieux. Le malade accuse des névralgies, des crampes qui lui

interdisent toute marche ou station debout. Quelquefois le début est caractérisé par une douleur sourde au niveau du creux poplité (obs. V).

La température est quelquefois élevée, variant entre 39 degrés le matin et 40 degrés le soir (obs. III). Cependant le plus souvent le début est apyrétique.

Quelques jours après l'apparition des phénomènes douloureux apparaît l'œdème qui débute à la racine du membre dans le cas de phlébite de la saphène interne.

Cet œdème peu accentué, dur, sans godet, augmente par la marche. La face interne de la cuisse présente une coloration lymphangitique.

Il y a surtout un caractère spécial de cette forme, c'est que fréquemment l'œdème n'est pas douloureux. Lorsque la douleur existe cependant, c'est une douleur peu intense ressemblant plutôt à un engourdissement du membre, elle siège alors le long de la saphène à la face interne de la cuisse (obs. II et V), présentant des irradiations dans l'aîne.

La palpation d'ailleurs, détermine de la douleur et permet en outre de sentir un cordon veineux, dur, qui roule sous le doigt.

Il y a peu d'augmentation de la température locale. L'évolution est assez rapide car vers le dixième ou quinzième jour sous l'influence de l'immobilisation, on voit disparaître œdème et douleur.

Cette forme ne présente pas d'embolie dans les cas cités au point de vue de l'évolution de la phlébite, c'est en générale une forme bénigne. La forme

non oblitérante étant d'après Hirtz plus fréquente que la forme oblitérante.

Si l'on pratique l'examen des poumons chez les malades, on constate très fréquemment l'existence d'un sommet suspect.

D'ailleurs peuvent survenir un à six mois après la phlébite (obs. II, III, VII), des phénomènes de tuberculose aiguë qui emporte les malades. Quelquefois aussi on assiste à l'évolution d'une tuberculose pulmonaire chronique (obs. II, IV, V, VI).

Ainsi « contrairement à Weigert, l'infection tuberculeuse des veines n'est pas toujours suivie de tuberculose aiguë rapide » (Hirtz).

2° Phlébite primitive pseudochlorotique

OBSERVATION VII

(Lepage. — Société de méd. d'Angers. PM., 12 août 1905.)

Une jeune fille de dix-sept ans, chlorotique avérée tousse depuis trois semaines. A l'auscultation, elle présente seulement une légère submatité, dans la fosse sus-épineuse droite avec expiration prolongée, au même point, diminution du bruit respiratoire sous la clavicule du même côté. Or, le 13 avril, deux mois après le début de la toux et alors que l'auscultation ne permet d'observer aucune aggravation des symptômes pulmonaires, cette jeune fille est prise d'une phlébite de la jambe droite avec fièvre, phlébite qui gagne

rapidement la cuisse pour, le 25 avril, envahir peu à peu la jambe et la cuisse du côté gauche.

3 mai. — Vingt jours après le début de la phlébite, la toux devient pénible et incessante et l'auscultation permet de constater au sommet droit un souffle d'abord léger, qui, peu à peu augmente d'étendue et d'intensité, en même temps que la fièvre atteint 40 degrés de température qui reste désormais constante. On observe bientôt tous les signes de ramollissement pulmonaire et l'œdème des membres inférieurs est toujours à son comble.

Cette jeune fille meurt le 20 juin, trois mois et demi après le début de la toux, deux mois et demi après le début de l'infection veineuse qui avait elle-même précédé la poussée pulmonaire.

OBSERVATION IX (personnelle)

(Prise à Secondigny pendant le remplacement de notre ami le Dr Guillon.)

Mlle R..., dix-neuf ans.

Quand on nous appelle auprès de la malade le 2 juillet 1910, elle est alitée depuis trois jours en raison d'une œdème un peu douloureux du membre inférieur droit.

La malade est une cachectique, pâle à aspect chlorotique typique.

L'œdème est blanc, mou, assez volumineux. Suivant les dires de la malade et de son entourage, il avait commencé par les pieds et a gagné la jambe et la cuisse.

D'ailleurs dix jours après le début de ces accidents nous

assistons à la naissance d'un œdème semblable de la jambe gauche, naissant au niveau des malléoles.

Il y a une légère augmentation de température locale.

Nous pratiquons l'immobilisation absolue des membres, mais la malade ayant fait un mouvement le 3 août est prise d'une douleur très vive dans le côté gauche au niveau du sixième espace intercostal.

Cette douleur que nous rapportons à une embolie est d'ailleurs suivie de quelques crachements de sang noirâtre.

La phlébite bilatérale regresse peu à peu par l'immobilisation mais un mois après, début de tuberculose pulmonaire.

Nous n'avons pas suivi la malade, mais notre ami le Dr Guillon nous dit qu'elle évolue continuellement et actuellement est arrivée à la troisième période de sa localisation pulmonaire.

OBSERVATION X

(Vaquez, citée dans thèse Collard.)

Il s'agissait d'une jeune fille de dix-neuf ans, chlorotique depuis quelques mois, fébricitante, déprimée et qui cependant à première vue ne paraissait pas pouvoir être suspectée d'une autre affection que d'une chlorose vraie. L'exploration attentive des sommets permit d'y déceler quelques lésions, minimes d'ailleurs, mais causées à coup sûr par une tuberculose pulmonaire en voie d'évolution. C'est alors que notre malade fut atteinte d'une phlébite de la jambe gauche, puis huit jours après d'une phlébite de la jambe droite.

Pendant ces accidents, la température s'éleva très notable-

ment comme il est habituel, puis la fièvre disparut et trois mois après la malade quittait le service, semblant guérie, aussi bien de l'affection générale que des complications locales.

La chlorose persistait seule.

Or deux ans après, cette jeune fille succombait aux progrès d'une tuberculose pulmonaire à marche subaiguë.

Symptomatologie

L'affection se rencontre, chez des jeunes fille chlorotiques de dix-sept à vingt ans, qui ont dans leur passé des antécédents héréditaires ou personnels. Ce sont généralement des fébricitantes et des déprimées.

La phlébite a un début insidieux et siège au niveau du membre inférieur droit (obs. VIII-IX) ou gauche (ob. X).

Puis huit à dix jours après (obs. IX-X) on voit apparaître une phlébite à l'autre jambe.

La lésion semble atteindre le plus souvent les veines profondes. Caractérisée au début par une douleur sourde et un œdème assez volumineux qui a débuté par les malléoles, gagnant rapidement la jambe et la cuisse.

Cet œdème accentué, blanc, mou, dépressible en godet est, comme dans la forme précédemment décrite, très peu douloureux.

Cet œdème est accompagné parfois d'une légère augmentation de la température locale (observ. IX).

L'évolution vers la guérison s'accomplit en vingt jours à un mois. Contrairement à l'opinion admise nous avons pu observer que cette forme expose à de petites embolies.

Dans les trois cas (obs. VIII-IX et X) la guérison de la phlébite observée, on a assisté à une localisation pulmonaire secondaire à marche subaiguë.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pu faire l'autopsie de la malade que nous avons observée et les observations recueillies ne peuvent nous renseigner au point de vue anatomopathologique.

Cependant dans les cas de phlébites primitives signalées par M. le Dr Hirtz nous pouvons conclure avec cet auteur :

1° Au point de vue de la localisation, la phlébite siège au niveau des veines superficielles du membre inférieur, de la saphène en particulier.

2° Cette phlébite n'est probablement pas oblitérante.

Dans le cas des phlébites pseudochlorotiques au contraire on a le plus souvent affaire à une phlébite profonde et oblitérante.

3° L'expérimentation de Lesné et Ravaut enfin a précité la nature tuberculeuse de ces phlébites.

Après injection aseptique de produits tuberculeux entre deux ligatures de la saphène d'un cobaye, Lesné et Ravaut ont constaté l'apparition d'une phlébite à la quatrième semaine.

L'examen histologique pratiqué montra en effet l'existence de lésions de phlébite et périphlébite

banales, avec èpaississement des parois et bourgeon endophlébitique pénétrant dans un caillot sanguin. Le bourgeon et les parois étaient infiltrés de cellules embryonnaires, ne présentant pas toutefois de lésions tuberculeuses typiques (cellules géantes ou follicules tuberculeux). En revanche, on constata un grand nombre de bacilles de Kock dans le bourgeon et dans le caillot.

Donc en résumé ces phlébites tuberculeuses précoces seraient des phlébites banales histologiquement et spécifiques au point de vue bactériologique.

PRONOSTIC

Le pronostic de ces deux formes est en somme relativement grave contrairement à l'idée généralement admise en raison des complications éloignées qu'elles déterminent. Dans la première surtout, nous avons vu que fréquemment les accidents de généralisation tuberculeuse à marche aiguë surviennent rapidement et enlèvent les malades peu de temps après l'apparition des premiers symptômes de la phlébite (Weigert).

Dans la seconde forme au contraire la granulie est rare et les malades localisent secondairement leur tuberculose au niveau du poumon. Le plus généralement, l'évolution de cette tuberculose est chronique, de durée variable entre six mois et deux ans. Cependant le malade peut présenter durant l'évolution de sa phlébite des embolies de gravité généralement bénigne.

Ce dernier cas est donc d'un pronostic moins sévère, car un traitement bien orienté dès le début de la phlébite, pourra permettre d'éviter la localisation pulmonaire secondaire. Il importera donc dès le début de faire le diagnostic de la nature tuberculeuse de la phlébite.

DIAGNOSTIC

En présence d'un malade faible, à antécédents suspects, maigrissant rapidement, présentant des sueurs nocturnes, qui se plaint de douleurs dans la cuisse, douleurs et impotence, suivis un ou deux jours après d'un œdème dur peu accentué, on pensera à une phlébite primitive bacillaire.

Ces douleurs cependant pourraient faire croire en l'absence d'œdème à une névralgie ou névrite sciatique faciles d'ailleurs à éliminer en raison de la situation de la douleur. On pourrait enfin penser à une coxalgie. Ces cas sont d'ailleurs accompagnés de signes très caractéristiques.

L'erreur la plus facile est celle qui consiste à confondre la phlébite au début avec une myalgie ou un rhumatisme.

Les hésitations sont tranchées par l'apparition de l'œdème, qui est nous l'avons dit dur et peu accentué en raison de la localisation superficielle de la phlébite.

Dans le cas de phlébite pseudochlorotique la malade est une jeune fille de quinze à vingt ans environ. La douleur localisée au début au niveau du coup de pied pourrait faire penser à une arthrite

qu'on éliminera facilement par l'évolution rapide de l'œdème.

Cet œdème apparu, s'il est unilatéral, il sera facilement distingué des œdémes cardiaques et rénal, la malade présentant alors d'autres symptômes typiques. Nous ne parlerons que pour mémoire de la confusion possible avec l'œdème de Sydenham, et l'œdème bleu de Charcot très discuté.

Mais en présence d'un œdème bilatéral le diagnostic est moins aisé si on n'a pas suivi l'évolution.

Pour éliminer l'œdéme bilatéral dû à la compression des veines iliaques par une tumeur abdominale, on pratiquera un toucher vaginal et rectal qui, combiné aux autres moyens d'exploration, nous permettra le diagnostic.

Enfin dans le cas d'œdème d'origine cardiaque ou rénale, l'étude des antécédents et de la symptomatologie nous renseignera suffisamment.

Ayant affirmé le diagnostic de l'une de ces formes de la phlébite primitive tuberculeuse nous pourrons afin d'en préciser l'étiologie avoir recours aux procédés de laboratoire, tels que le séro-diagnostic et les diverses autres réactions couramment employées.

D'ailleurs en procédant par élimination des autres types de phlébites observés, on pourra finir par déterminer la nature de la forme qui nous occupe. Le diagnostic sera aisé si l'on se trouve en présence d'une phlébite infectieuse traumatique due à une infection locale. Dans ce dernier cas en effet les antécédents : plaie chirurgicale des veines, fractures,

quelquefois ulcère variqueux ou saignées, nous renseigneront suffisamment sur l'étiologie de cette phlébite caractérisée comme la forme tuberculeuse primitive, par un œdème généralement insignifiant donnant au toucher la sensation de tuyau de pipe.

Facile encore sera le diagnostic si la phlegmantia due à une infection générale se rencontre au cours de maladies infectieuses aiguës.

En premier lieu se sont les phlébites puerpérales les plus fréquentes qui nous intéresseront. Cette phlébite peut débuter parfois, ainsi que le fait remarquer le professeur Widal, assez tardivement après l'accouchement quelquefois même vingt à trente jours après. « En réalité, dit Widal, c'est pour ne pas avoir assez étudié la période intercalaire qui s'écoule depuis le moment de l'accouchemeut jusqu'au début de la phlegmatia que les auteurs n'ont pas su plus tôt dépister la nature infectieuse de la lésion veineuse ». Se baser sur l'élévation de température généralement brusque, tel doit être le point directeur. Quelquefois, d'ailleurs, ces phlébites puerpérales latentes débutent par une embolie.

En second lieu, les phlébites survenant au cours de l'infection éberthienne, peuvent nous arrêter. Mais là encore le diagnostic est assez facile. C'est en général, vers le vingtième jour de la convalescence (Hutinel, Chantemesse et Huiger, Morellet) qu'on les observe. Pour Poulain elles seraient caractérisées spécialement par des varices et dilatations variqueuses de la paroi abdominale et du pubis.

Dans la pneumonie, on observe rarement des phlébites. Cependant les cas étudiés par Da Costa, Widal Lemierre et Nadaud, René Santier et M. Pierre, récemment par Joltrain, montrent que leurs caractères se rapprochent de ceux de la phlébite typhique.

Il en est de même des phlébites d'origine grippales ou celles consécutives au typhus, à la dysenterie, à l'érysipèle ou à l'érythème polymorphe.

Le diagnostic est encore aisé lorsqu'on se trouve en présence d'une malade qui du quinzième au quarante-cinquième jour d'une blennorhagie aiguë (Caraës) présente une phlébite. De même lorsqu'on a affaire à un opéré d'appendicite qui présente sa phlegmatia quelques jours après l'opération.

Il est plus difficile de faire le diagnostic dans le cas d'une phlébite survenant précocement chez un syphilitique, au début de la période secondaire de la maladie. Dans ce cas, en effet, le début est insidieux presque indolore (Gaillard) et la constatation *in situ* du tréponème nous renseignera rapidement. Si le malade est un syphilitique, à la période tertiaire, le traitement spécifique, la recherche du tréponème, la réaction de Wassermann, l'inoculation au singe (Thibierge et Ravault) permettront le diagnostic de nature.

Dans le cours du rhumatisme articulaire aigu (Vaquez) on pourra observer des phlébites à types cliniques assez variables : survenant au milieu de la crise, au déclin, pendant la convalescence, elles peuvent même présenter quelquefois des métastases

ainsi que Trousseau l'a signalé. Leur diagnostic se fera par l'étude des troubles qui précèdent leur apparition.

Lorsqu'on se trouve en présence de malades cachectiques, la phlébite n'est toujours qu'une manifestation secondaire et qui apparaît généralement à la période terminale de l'affection qui la détermine. C'est le cas du cancer, le plus généralement cancer de l'utérus chez la femme, de l'estomac chez l'homme (cas classique de Trousseau qui diagnostiqua son cancer gastrique par l'apparition d'une phlegmatia.

On devra s'enquérir aussi des intoxications auxquelles a été exposé le malade, la phlébite pouvant parfois survenir au cours du saturnisme. Mais en somme toutes ces formes que nous venons d'envisager sont d'un diagnostic relativement facile. Tel n'est pas le cas des phlébites survenant au cours de maladies constitutionnelles qui peuvent très fréquemment être confondues avec la forme qui nous intéresse.

La phlébite primitive décrite par Daguillon et qui pour certains auteurs, Poulain en particulier, serait due à l'arthritisme, est difficile à isoler dans le cadre nasologique. En effet comme la phlébite tuberculeuse primitive que nous décrivons, elle siège de préférence au membre inférieur, au niveau de la saphène interne. Présentant peu d'œdème, un endolorissement circonscrit, seul l'interrogatoire et la connaissance de la constitution du malade, ainsi que certaines récidives (Vaquez) nous permettra de la

caractériser. D'un pronostic bénin, elle guérit rapidement et ne présente presque jamais d'embolies. L'évolution d'ailleurs est toute différente de la phlegmatia tuberculeuse précoce.

On peut encore avoir à faire le diagnostic avec certaines phlébites signalées par Bouchard survenant au cours de dilatations gastriques. Un examen attentif de l'appareil digestif sera donc indiqué.

Enfin au cours des attaques de goutte ou dans l'intervalle des accès, chez des artérioscléreux on peut observer certaines formes. De même chez des sujets porteurs de varices, on peut constater des phlébites caractérisées par une absence d'œdème généralisée, un empâtement inflammatoire le long de la veine avec traînée rougeâtre et une élévation appréciable de la température locale.

Il faut enfin ne point porter le diagnostic de phlébite tuberculeuse à l'occasion de l'œdème des membres inférieurs survenant chez un malade de longtemps immobilisé au lit.

Par contre, chez un sujet qui jusqu'alors était en bonne santé et qui présente une phlébite sans cause apparente, il ne faut prononcer le nom de phlébite tuberculeuse que sous toutes réserves. En effet, n'importe quel agent infectieux peut déterminer une phlegmatia, la voie d'entrée restant souvent inconnue (micro-traumatisme de Berneuil) ; et dans l'état actuel de nos connaissances, nous n'avons aucune base sérieuse pour affirmer à un premier examen la nature tuberculeuse de cette affection.

Dans les cas difficiles où l'évolution même ne pourra nous renseigner, peut-être les recherches de laboratoire et les procédés de diagnostic précoce de la tuberculose, seront-ils d'un grand secours pour affirmer l'étiologie de la phlébite.

TRAITEMENT

Le traitement de la phlébite tuberculeuse primitive sera symptomatique et surtout étiologique.

Comme le fait remarquer M. le professeur Robin. « Il est toujours nécessaire de viser l'étiologie quand on peut l'atteindre parce que sa persistance influence et aggrave l'état morbide qui en dérive. Tel est le cas des phlébites. »

Le diagnostic étant posé nous considérerons au point de vue thérapeutique trois périodes dans l'évolution de la phlébite (Robin).

I. — Pendant la première période ou période aiguë correspondant à « l'infection de l'endoveine, la formation du caillot et à la réaction défensive de la paroi veineuse » nous immobiliserons le membre légèrement incliné, dans une gouttière ouatée. On placera une bande roulée ou un petit coussin en dessous du tendon d'achille afin d'éviter la formation d'escharres, toujours possibles au niveau du talon.

Le membre sera préalablement saupoudré de:

Talc de Venise stérilisé.....	80 gr.
Acide borique.....	10 gr.

Le malade sera placé en position assise afin d'éviter la congestion pulmonaire.

L'alimentation sera soignée et dans notre cas (obs. XII.) nous avons obtenu un bon résultat momentané de l'application de la méthode récalcifiante de Ferrier.

II. — Pendant la deuxième période de convalescence ou de résolution « pendant laquelle les lésions veineuses subissent certaines régressions et que le caillot s'organise », on enlèvera la gouttière, on nettoiera le membre très doucement et on le laissera deux à trois jours au repos avant de pratiquer la mobilisation et le massage.

III. — Enfin la troisième période qui peut d'ailleurs ne pas s'observer est caractérisée quand elle existe par « des lésions plus ou moins oblitérantes, par les troubles consécutifs de la circulation veineuse et par divers troubles trophiques ».

Contre ces troubles, le massage est indiqué de même que le port d'un bas élastique. Enfin certains auteurs préconisent le traitement par l'air chaud, l'électricité, les eaux minérales de Bagnols-de-l'Orne, les bains de boue de Dax.

Le traitement général de la tuberculose ne devra pas être cessé durant celui de la phlébite.

CONCLUSION

I. — Ainsi que le montrent la clinique et l'anatomie pathologique il existe une phlébite, manifestation primitive de la tuberculose.

II. — Cette phlébite affecte deux aspects cliniques différents :

1° Le premier, forme primitive proprement dite, est caractérisé par une lésion généralement unilatérale, siègeant au niveau de la saphène, avec œdème peu accentué, dur peu douloureux. Fréquemment à la suite de cette phlébite on observe une tuberculose aiguë généralisée.

2° Le second, forme pseudochlorotique, est caractérisé par une lésion généralement bilatérale, siègeant au niveau des veines profondes de la cuisse, avec œdème accentué blanc, mou, peu douloureux, débutant par les pieds. Evolution plus longue suivie de localisation pulmonaire à marche lente.

III. — Le diagnostic positif sera basé sur les caractères précédents et sur l'évolution qui permettront aussi de la différencier des autres phlébites infectieuses ou constitutionnelles. Enfin dans les cas difficiles on aura recours aux procédés de laboratoire.

IV. — Le pronostic est grave en raison des lésions pulmonaires consécutives.

V. — Le traitement sera symptomatique et étiologique.

Vu : le Président de thèse,
DEBOVE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Audistère. — Complications des phlébites (Journ. méd. de Paris, 1906, p. 42. — Rev. pratiq. d'obstétrique et de gynécologie. Paris, 1906, p. 76).

Aumont. — Étude critique sur la pathogénie des phlébites infectieuses. Thèse de Bordeaux, 1896.

Ball. — Phlébite et granulie (Gaz. Hôpit. méd. et chir.).

Bourdillac. — Phlébite et chlorose. Thèse de Montpellier, 1891.

Bonysson. — Phlegmatia alba dolens chez les tuberculeux. Thèse de Montpellier, 1890.

Bougue. — Phlegmatia alba dolens dans la cachexie tuberculeuse. Thèse de Paris, 1894.

Bnun (De). — Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens. Thèse de Paris, 1884.

Callais. — Essai sur la phlébite précoce des tuberculeux. Thèse de Paris, 1896.

Caraes. — Phlegmatia alba dolens du membre inférieur dans la blennorragie. Thèse de Paris, 1902.

Chantemesse. — Phlébite cachectique et bacille de Koch, in thèse Widal.

Charpy. — Phlébites, formes rares pendant la grossesse et les suites de couches. Thèse de Paris, 1902, p. 63.

Chauffard. — Les Phlébites des veines profondes (Méd. mod. Paris, 1907, p. 211).

Clément. — Gaz. Hôpit. Toulouse, mai 1894.

Collard. — Phlébite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1903, 1904.

Cornil et Marie. — Physiologie pathologique des coagulations sanguines. (C. R. Congrès de Moscou, 1897).

Cornil et Babès. — Av. méd., 24 avril et 1er mai 1883.

Croix-Marie. — Traitement des phlébites par l'immobilisation. Thèse de Paris, 1901-1902.

Cruveilhier. — Traité d'anatomie pathologique, 1833 (Dict. des sciences méd., art. phlébites, 1834.

Daguillon. — Phlébites primitives. Thèse de Paris, 1894.

Damaschino. — Recherches sur les altérations de la phlegmatia alba dolens.

Debove. — Chlorose et phlegmatia.(Gaz. Hôpit. Paris, 1903, n° 73.

Desquière. — Phlegmatia alba dolens chez un asystolique. Thèse de Paris, 1907.

Ducastel. — Phlébite goutteuse. Thèse de Paris, 1903-1904.

Duponchel. — Induration des veines périphériques (Soc. méd., mars 1891.)

Dumont. — Phlébite pietuberculeuse et précoce des tuberculeux. Thèse de Paris, 1900.

Durand-Fardel. — Contribution à l'étude de la tuberculose. Thèse de Paris, 1886.

Duguet. — Soc. méd. des hôpitaux, 25 février 1881.

Etienne. — Phlébite variqueuse des membres. Thèse de Paris, 1902-1903.

Faucheux. — Pathogénie, évolution, rôle de la rétention chlorurée dans la phlébite. Thèse de Paris, 1904-1905.

Favre. — Quelques considérations sur la pathogénie de la phlegmatia alba dolens. Thèse de Paris, 1900-1901.

Gautier (René) et M. Pierre. — Gaz. des Hôp. Paris, 1904, n° 110.

Frenckel. — Phlegmatia alba dolens forme tardive. Thèse de Paris, 1902-1903.

Saillard. — Phlébite syphilitique précoce. Thèse de Paris, 1911.

Gillet. — Phlébite ophtalmique primitive. Thèse de Paris, 1905-1906.

Gillot. — Myopathies phlébitiques. Thèse de Paris, 1899-1900.

Girardot. — Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens. Thèse de Paris, 1875.

Grenier. — Phlébite persistante blennorragique (Revue gén. de clin. et thérap., Paris, 1908, p. 440).

Grognot — Gazette médicale de Nantes, 1905.

Halbron. — Phlébite précoce des tuberculeux (Presse médicale, 18 mars 1905, n° 173).

Hanot. — Archives gén. de médecine. Paris, oct. 1880.

Hanot et Mathieu. — Phlegmatia alba dolens dans la chlorose (Archives gén. de méd., décembre 1877, n° 676).

Hirtz. — Phlébite tuberculeuse précoce et discussion de Laveran (Soc. méd. des hôp. Paris, 1894, p. 385).

Hirtz et Hennequin. — Hérédité veineuse. Phlébites familiales (Bull. méd., 1er mai 1901).

Hirtz. — Considérations sur le traitement des phlébites (Rev. clin. et thérap. Paris, 1906, p. 753).

Hirtz et Vaquez. — Massage dans la phlébite (Soc. méd. des hôpitaux, 1900).

Joly. — L'Appareil digestif et les phlébites (Gaz. méd. Paris 1908, p. 217-219. Caducée. Paris, 1907, p. 150).

— Traitement des phlébites des membres (Gaz. méd. Paris, 1908, n° 16).

Joltrain. — Infection pneumococcique. Thèse de Paris, 1911.

Jouglard. — Phlébite du membre inférieur gauche dans l'appendicite. Thèse de Paris, 1901-1902.

Le Gendre. — Phlébite goutteuse (Soc. méd. des hôpitaux, 1898).

Le Page. — Phlébite précoce des tuberculeux (Presse méd. 12 août 1905).

Leichenstern. — Münch. med. Woch., 1899.

Lesné et Ravaut. — Pathogénie des phlébites chez les tuberculeux (Sem. méd., 1906, p. 340).

Lobas. — Phlébites prolongées (Gaz. Saint-Pétersbourg, 1908, p. 489).

Luc. — C. R. Société clinique, 1883.

Maricot. — Phlegmatia des tuberculeux. Thèse de Paris. 1899-1900.

Morrellet. — Phlébite typhique. Thèse de Paris, 1909.

Mosnay. — Phlegmatia chez chlorotiques. Thèse de Paris, 1888.

Obrecht. — Phlegmatia dans la pneumonie. Thèse de Paris, 1901-1902.

Proby. — Thrombose veineuse chez les chlorotiques. Lyon, 1889.

Poulain. — Phlébites constitutionnelles. Thèse de Paris, 1897.

— Étiologie et pathogénie des phlébites. Asselin et Houzeau. Paris, 1908.

Pierre. — Phlébite pneumonique. Paris, 1903-1904.

Renaut. — Contribution à l'étude de l'histoire de la phlegmatia alba dolens (Revue mensuelle méd. et chir., 1880).

Rendu. — Société méd. des hôp., 30 avril 1890.

Robert. — Phlegmatia alba dolens après appendicectomie, 1906-1907.

Robin. — A clinical lecture on the médical treatment of phlébitis. Press (London, 1908, p. 470).

— Traitement médical des phlébites (Bull. méd, Paris 1907, p. 111).

Sabrazès et Mongour. — Société anat, et physiol. de Bordeaux, janvier 1894.

Saniton et Jousset. — Soc. méd. hôp., p. 425, 1903.

Sallé. — Phlébites de la chlorose. Thèse de Paris, 1902-03.

Sagot. — Phlébites des saphènes. Thèse de Paris, 1902-03.

Schlissinger. — Phlébites des membres sup., traitement. Thèse de Paris, 1908-09.

Signoret.— Phlegmatia alba dolens puerpérale et déchloruration. Thèse de Paris, 1904-05.

Teillet. — Accidents pleuro-pulmonaires précurseurs de la phlébite. Thèse de Paris, 1902-03.

Troisier. — Phlegmatia alba dolens. Thèse agrégation. Paris, 1880.

Trousseau. — Cliniques Hôtel-Dieu, t, III, p. 175 in thèse Werner. De la phlegmatia alba dolens. Paris, 1850.

Vaquez. — De la thrombose cachectique. Thèse de Paris, 1890.

— Période oblitérante de la phlébite cachectique (Société de biol., déc. 1891. — Gaz. hebd. méd. et chir., déc. 1892. — Bull. méd., 20 déc. 1891. — Leçons cliniq. et mens. de la Charité).

— Évolution générale des phlébites (Soc. anat., 18920).

— Article phlébites in Manuel Debove et Achard., 1905.

Vaquez et Mallet. — Thrombose de la sous-clavière chez un tuberculeux (Bull. soc. anat., 1889).

Viau. — Phlébite dans l'infection vésicale. Thèse de Paris, 1901-02.

Weigert. — Die anatomischen wegen der tuberkelgiftes Berlin, Klin. Woch., 1884.

Widalet et Besançon. — Maladies des veines in Traité de Brouardel et Gilbert, 1905.

Widal et Lemierre. — Soc. méd. hôp., avril 1903.

— Étude de l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle. Thèse de Paris, 1887.

Yuzbachian. — Étiologie et pathogénie de la phlébosclérose. Thèse de Paris, 1903-04.

Imp. de la Faculté de Médecine JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris.

C. Guénet 4